

HIPAA/Protected Health Information (PHI) Disclosure

Divulgación de HIPAA/Información médica protegida (PHI)

Nombre de la persona

El Centro de Salud Rural Boston Mountain, Inc. (BMRHC) se compromete a garantizar la privacidad y confidencialidad de sus pacientes. Esta organización recopila, utiliza y divulga información médica personal únicamente de conformidad con las leyes estatales y federales y con su autorización. Tenga en cuenta que esto puede incluir la recopilación de otras fuentes de información disponibles, como su historial de medicamentos y recetas, y la verificación de su elegibilidad para el seguro médico. Acepto haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del BMRHC.

BMRHC participa en programas como la Alianza Estatal de Salud para el Intercambio de Registros (SHARE), CommonWell y CareQuality para compartir y recibir su información médica entre sus médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros profesionales de la salud a través de medios electrónicos seguros. Al tener acceso a su información médica actualizada, su médico puede brindarle una atención médica más segura y eficaz, adaptada a sus necesidades médicas personales. **Si desea optar por no participar, debe solicitar a su profesional de la salud un formulario de exclusión voluntaria.** También puede optar por no participar para su hijo menor de 18 años mediante el mismo proceso.

COMUNICACIONES SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA Y MI CUENTA: Acepto que BMRHC, cualquier otra agencia de cobranza o servicios, o las agencias contratadas por BMRHC ("cobradores") para cobrar una deuda que tengo con BMRHC, puedan contactarme por teléfono o mensaje de texto a cualquier número asociado con mi información demográfica personal. Acepto que BMRHC y otros socios aprobados contratados por BMRHC puedan contactarme por teléfono o mensaje de texto a cualquier número asociado con mi información demográfica personal con el fin de, entre otros, notificaciones de laboratorio, confirmación de recetas, coordinación de atención, actividades de mejora de la calidad, recordatorios de citas, recordatorios de campañas de bienestar y estado de la cobertura/red del seguro. Entiendo que este contacto para servicios de cobranza y atención médica incluye, entre otros, números de teléfono celular/inalámbrico, lo que puede generar cargos por la llamada o el mensaje de texto. Entiendo, reconozco y acepto que BMRHC puede contactarme mediante dispositivos de marcación automática y a través de mensajes pregrabados, mensajes de voz artificiales o mensajes de correo de voz. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a BMRHC sobre cualquier actualización de mi información de contacto personal. **Puede cancelar su suscripción en cualquier momento notificando al personal de BMRHC o respondiendo "STOP" a cualquier mensaje de texto.**

Para los estudiantes inscritos en el Centro de Salud Escolar (SBHC), la información estudiantil podrá compartirse con el personal escolar designado (como la enfermera, el coordinador/personal del SBHC y los consejeros) para promover la salud, el bienestar y el éxito académico. Solo quienes estén directamente involucrados en la atención de su hijo tendrán acceso a su información médica. De acuerdo con la HIPAA, solo se compartirá la información mínima necesaria.

BMRHC ofrece acceso a información médica a través del portal del paciente o la aplicación de Healow. Por favor, comprenda que es su responsabilidad informar a BMRHC cuando se actualice su información de contacto personal. Entiendo que es mi responsabilidad informar a BMRHC cuando cambie mi dirección de correo electrónico.

[] Deseo habilitar mi cuenta web (Portal del paciente) **SOLO PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS O MÁS**

Correo electrónico: _____

BMRHC también comprende que usted podría tener familiares o personas importantes con quienes desearía que su proveedor hablará sobre su información médica. Por favor, especifique la(s) persona(s) y su parentesco para que su equipo de atención médica tenga permiso para hablar sobre su Información Médica Protegida (PHI). Es su responsabilidad comunicar cualquier cambio al personal de BMRHC y solicitar una actualización de su historial médico.

Nombre de la persona

Número de teléfono

Relación con usted

Al firmar a continuación, reconozco que soy el paciente o el representante legal autorizado del paciente.

Firma del paciente o representante legal autorizado

Fecha